Rok XXXVIII. Kraków, 15 Kwietnia 1899. Nr. 15.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 15 Kwietnia 1899. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierownictwem Dra Rutkowskiego.**

W sprawie leczenia operacyjnego przetok moczowodowo-pochwowych i macicznych,

podał
Dr. Jan Gawlik,
asystent kliniki.

Szybkie postępy, dokonane w ostatnich czasach w zakresie chirurgii dróg moczowych, wprowadziły nowe zapatrywania na sprawę operowania przetok moczowodowych, stojących w związku z narządem rodnym kobiecym.

Do niedawna przetoki te operowano wyłącznie od strony pochwy. Jakkolwiek i obecnie drogi tej nietylko nie zaniechano, lecz nawet wzbogacono ją nowemi ulepszonemi metodami (Schede, Landau, Winkel, Mackenrodt, Dührssen, Bumm, Kelly), to jednak wyniki przez nie uzyskane w wielu przypadkach zawodzą.

Pomijając już częste wyniki ujemne, gdzie przetoka otwiera się na nowo, to i w razie pozornego wyleczenia pozostają następstwa, sprowadzające szkodliwe dla ustroju powikłania. Operując wśród tkaniny zbliznowaciałej, w której znajduje się zazwyczaj przetoka, stwarza się warunki do dalszego zaciągania się już i tak zwężonego światła moczowodu. Rozszerzanie zwężenia zgłębnikami moczowodowymi, mogące w tych razach jedynie zapobiedz następowemu zastojowi moczu i puchlinie odpowiedniej nerki, nie zawsze jest wykonalne i wymaga wyjątkowej wprawy i zręczności. Przy sposobach omijających wyżej wspomniane niekorzyści, gdzie, jak przy dwuczasowej metodzie Schedego, wytwarza się rodzaj uchyłku, wysłanego częściowo błoną śluzową pochwy, łączącego moczowód z pęcherzem, mamy do czynienia z podobnymi szkodliwymi warunkami, jak przy *kolpokleisis*, a więc z tworzeniem się strątów i kamieni w uchyłku i niebezpieczeństwem zakażenia moczowodu i miedniczki nerkowej.

Sposób Dührssena[1]), najracyonalniej ze wszystkich pochwowych obmyślany, przemieszczający ujście moczowodu do pęcherza przez uskutecznienie bocznego połączenia (anastomozy), a polegający na rozcięciu *septum uretero-vesicale*, zeszyciu z sobą odpowiednich przeciętych ścian obu narządów, a wreszcie zamknięciu pozostałej przetoki pęcherzowo-pochwowej metodą płatową, wymaga korzystnego położenia przetoki, a wskutek tego nie zawsze wykonać się daje.

Wreszcie w przetokach moczowodowo-macicznych, niedostępnych od strony pochwy, operowanie drogą pochwową nie prowadzi zazwyczaj do celu, a w całym szeregu prób, podjętych w tym kierunku, znane są tylko 2 przypadki, zakończone wyleczeniem[1]): Duclouta przez *hysterokleisis* i Mackenrodta — przez histerektomię z następowem zaszyciem przetoki, zamienionej przez wyjęcie macicy na moczowodowo-pochwową.

Wobec takiego stanu rzeczy zdobywa sobie obecnie pierwszeństwo sposób operowania radykalniejszy, a przewyższający poprzednie pewnością skutku, polegający na dostaniu się do moczowodu od góry, a więc od strony jamy brzusznej, jużto śród, jużto pozaotrzewnowo, przecięciu moczowodu powyżej przetoki i wszczepianiu go w nowem miejscu do pęcherza.

Początkowanie w tym kierunku jest zasługą chirurgów włoskich.

Poggi, Paoli i Bursachi podjęli pierwsi doświadczenia na zwierzętach[2]), a w r. 1893 Novaro w Bolonii i Bazy w Paryżu prawie jednocześnie dokonali wszczepienia moczowodu do pęcherza u chorych z wynikiem pomyślnym. Już przed nimi próbował tego zabiegu na człowieku pierwszy Lanelongue, jednakowoż z zejściem śmiertelnem. Bazy, opisując swą operacyę, nadał jej nazwę *uretero-cysto-neostomii*. Od tego czasu pojawiają się coraz to nowe publikacye o pomyślnych wynikach, uzyskanych na tej drodze (Krause, Pozzi, Kayser, Bouffard, Podres, Witzel, Kelly, Freund, Sänger i t. d.); niebrak również dalszych doświadczeń na zwierzętach (Büdinger).

Wogóle, według Sängera, ilość znanych w literaturze przypadków uleczenia tym sposobem wynosi dotąd 30. Rozpowszechnienie metody, wraz z ciągłem doskonaleniem techniki operacyjnej, każą się spodziewać, że w przyszłości coraz rzadziej przyjdzie uciekać się do przykrej ostateczności usuwania zdrowej zresztą nerki w celu radykalnego uleczenia przetoki moczowodowej.

Do szeregu pomyślnych wyników *uretero-cysto-neostomii* dołącza się obecnie jeszcze jeden przypadek, operowany w chirurgicznej klinice krakowskiej przez jej kierownika, Dra Rutkowskiego, łaskawie odstąpiony mi przez Niego do ogłoszenia. Zasługuje na nie, naocznie illustrując wyższość tego postępowania nad sposobami pochwowymi, którym chora poprzednio kilkakrotnie bez dodatniego wyniku się poddawała, a także ze względu na nieco odmienną technikę operacyjną i brak wszelkich następowych zaburzeń.

Historya choroby tej kobiety jest następująca:

---

[1]) Dührssen: Ueber eine neue Heilmethode der Harnleiter-Scheidenfisteln. *Saml. klin. Vortr.* Nr. 114. 1894.

[1]) Sänger: Uretherenchirurgie beim Weibe. Sitzung d. med. Gesellschaft in Leipzig. *München. med. Wochenschr.* Nr. 1. 1899.

[2]) Büdinger. Beiträge zur Chirurgie des Urethers. *Archiv. f. klin. Chirurgie.* B. 48. H. III. 1894.

J. K., l. 20, służąca. Rodziła raz w krakowskiej klinice położniczej. Poród ciężki z powodu wyrostka kostnego (exstosis) prawego spojenia krzyżowo-biodrowego, ukończony kleszczami w wysokiem ustawieniu.

Od następnego dnia po porodzie wystąpił częściowy odpływ moczu przez pochwę. Badanie wykazało przetokę moczowodowo-szyjkową, prawdopodobnie prawego moczowodu. W ciągu półtora roku trzykrotnie podejmowano próby zamknięcia przetoki od strony pochwy, lecz bez powodzenia. Jako wynik zabiegów, skutkiem rozcięcia szyjki aż do sklepień, powstała częściowa zamiana przetoki szyjkowej na pochwową.

W dniu 23 X. 1898 r., dzięki łaskawości prof. Jordana, przeniesiono chorą do kliniki chirurgicznej, w celu wykonania radykalnej operacyi.

Stan obecny. Budowa i odżywienie dobre. Ciepłota i tętno prawidłowe. W narządach wewnętrznych zmian niema. Skóra w okolicy sromu zaczerwieniona, miejscami zmacerowana, od spływającego z wejścia do pochwy moczu wilgotna.

Po odsłonięciu części pochwowej w wzierniku Simona i ściągnięciu jej ku szparze sromowej, stwierdzono następujące stosunki:

Część pochwowa macicy opatrzona po obu bokach głębokimi wrębami, sięgającymi aż do sklepień. Prawy wrąb jest głębszy, w szczycie jego lejkowate zagłębienie, w głębi którego otworek wielkości ziarna prosa, umieszczony wśród twardej bliznowatej tkanki. Przez otworek w dnie zagłębienia wchodzi cienki metalowy zgłębnik wgłąb i ku stronie prawej w jakiś przewód na długość około 6 ctm. Wprowadzony równocześnie do jamy macicznej zgłębnik maciczny wykaznje długość jej prawidłową, odgięcie trzonu ku tyłowi i nie spotyka się nigdzie ze zgłębnikiem, wprowadzonym przez opisany otworek. Również i badanie pęcherza moczowego wyklucza związek jego ze wspomnianym przewodem.

Po wyjęciu cienkiego zgłębnika starano się wprowadzić do przewodu cienki moczowodowy cewnik, który wszedł na długość około 10 ctm. Przez cewnik jednak nie zdołano otrzymać moczu. Po usunięciu cewnika i dokładnem wysuszeniu okolicy otworka, można było tylko stwierdzić, że od czasu do czasu wydostaje się z niego płynna, jasna wydzielina.

W okolicy nerki prawej nie można było wybadać nic nieprawidłowego. Wzdłuż przebiegu moczowodu prawego, na wysokości linii bezimiennej, stwierdzono tkliwość przy głębokim nacisku. W moczu otrzymanym z pęcherza nie zauważono żadnych zmian.

Rozpoznano przetokę moczowodowo-pochwową prawą, a w dniu 5 listopada przystąpiono do operacyi, w uśpieniu chloroformowem i ułożeniu Trendelenburga. Operował Dr. Rutkowski. Rozcięto powłoki w linii białej poniżej pępka na przestrzeni około 12 ctm. i otwarto jamę otrzewnową. Usunięto ku górze i stronie lewej jelita i zabezpieczono je okładem, poczem przystąpiono do wyszukania prawego moczowodu. Kierując się przebiegiem tętnicy biodrowej wspólnej, odszukano krzyżujący ją od zewnątrz ku wewnątrz powyżej linii bezimiennej walcowaty twór grubości małego palca, odpowiadający położeniem prawemu moczowodowi, zgrubiałemu i rozszerzonemu. Nacięto ponad nim na przestrzeni kilku centymetrów tylną blaszkę otrzewnej i oddzielono go wraz z otaczającą tkanką łączną z pośród bliznowatych zrostów, w których był w dolnej części unieruchomiony, a po podłożeniu pod oddzieloną część gazy wyjałowionej, przecięto moczowód możliwie najniżej między podwiązkami. Po rozluźnieniu podwiązki założonej na dośrodkowy koniec moczowodu, wprowadzono w jego światło sprężysty moczowodowy cewnik. Odszukano następnie pęcherz moczowy i uniesiono ku górze boczną prawą jego ścianę zapomocą trzech pętli jedwabnych, przekłótych przez ścianę pęcherza.

Przez cewkę moczową wprowadzono do pęcherza długie kleszczyki, zapomocą nich wypuklono ścianę pęcherza między pętlami i przecięto ją na dziobie kleszczyków. Koniec cewnika, sterczący z dośrodkowego odcinka moczowodu, wsunięto przez szczelinę do pęcherza, a uchwyciwszy go w kleszczyki, przeprowadzono przez pęcherz i cewkę moczową na zewnątrz.

Wszyto następnie na cewniku koniec dośrodkowej części moczowodu w szczelinę pęcherza kilku węzełkowymi okrężnymi szwami jedwabnymi, zachwytując nimi z jednej strony samą tylko ścianę łącznotkankową i mięsną moczowodu, z drugiej odpowiednie warstwy brzegów rany pęcherza. Ponad tym pierwszym rzędem szwów obszyto wszczepiony koniec moczowodu dwoma uniesionymi po obu jego bokach fałdami z zewnętrznej warstwy ściany pęcherza, łącząc obydwa te fałdy szeregiem szwów węzełkowych, z których położone najbliżej moczowodu zachwytywały także jego ścianę zewnętrzną.

Koniec obwodowego odcinka moczowodu zaszyto na ślepo cienkimi szwami jedwabnymi. Wreszcie zeszyto brzegi szczeliny w tylnej blaszce otrzewnej ściennej z odpowiednimi brzegami otrzewnej przedniej, wyosabniając w ten sposób miejsce wszczepienia i oddzielony moczowód od reszty jamy otrzewnowej i wprowadzono tamże seton wyjałowionej gazy. Pozostałą ranę powłok, z wyjątkiem części dolnej, przez którą wyprowadzono na zewnątrz koniec setonu, zaszyto warstwowo. Obok cewnika moczowodowego wprowadzono do pęcherza cewnik Nelatona, który pozostawiono komornem.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Po 48 godzinach usunięto cewnik moczowodowy, a czwartego dnia cewnik Nelatona. Przez 3 dni następne odprowadzano mocz kilka razy na dobę. Od 7go dnia po operacyi chora zaczęła oddawać mocz sama. Rana powłok zgoiła się przez rychłozrost. W 10 dni po operacyi usunięto szwy skórne i seton.

Miernego stopnia zapalenie pęcherza stwierdzone w kilka dni po operacyi ustąpiło wkrótce pod wpływem leczenia miejscowego.

19go grudnia 1898 r. chora wyleczona opuściła klinikę.

Uretero-cysto-neostomia nie jest jeszcze zabiegiem typowym i nie może stać się nim poniekąd z powodu różnorodności warunków, spotykanych wśród operacyi. Prawie każdy z ogłaszających swe przypadki chirurgów operował nieco odmiennie. Również i szczegóły techniczne operacyi w przypadku Dra Rutkowskiego są różne od dotychczas opisywanych. Różnice zachodzą głównie w wyborze drogi do wyszukania moczowodu, (postępowanie śród lub zaotrzewnowe), a powtóre w sposobie szycia przy wszczepianiu moczowodu do pęcherza. Co do pierwszego, to postępowanie czysto-zaotrzewnowe najmniej dotąd znalazło zastosowania ze względu na trudność odsłonięcia i stworzenia należytego przystępu do części miednicowej moczowodu.

Wybitnym zwolennikiem tego sposobu jest Mackenrodt, który w świeżo ogłoszonej publikacyi [1]), na podstawie trzech operowanych przez siebie przypadków (2 z wynikiem pomyślnym, w jednym śmierć z powodu nephritis), gorąco poleca postępowanie czysto-zaotrzewnowe. Uważa je za metodę idealną, która bez obrażenia otrzewnej daje możność przekonania się o stanie moczowodu wzdłuż całego przebiegu od pęcherza aż do nerki i usuwa niebezpieczeństwo zakażenia jamy otrzewnowej, co wobec częstości towarzyszących przetokom spraw zapalnych moczowodu i miedniczki wielką

[1]) A. Mackenrodt. Die Operation der Uretherfisteln und Uretherverletzungen. *Centrlbl. f. Gynäkologie* Nr. 12. 1899.

posiada doniosłość. Mackenrodt używa przy swych operacyach cięcia wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego, uważając je za najdogodniejsze do odsłonięcia miejsca podziału tętnicy biodrowej wspólnej, powyżej którego krzyżuje się z tętnicą moczowód.

Pozostawienie wypreparowanego moczowodu wolno wśród jamy brzusznej, jak się to dzieje przy operacyach czysto-śródotrzewnowych (Krause), nie jest polecenia godnem. W ten sposób bowiem moczowód, tworząc rodzaj śródotrzewnowego postronka, daje powód do nieprawidłowych zrostów z trzewami i może stać się przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego.

Największem rozpowszechnieniem cieszy się postępowanie mięszane „operatio intra-extraperitonealis“, t. j. śródotrzewnowe z następowem wyosobnieniem moczowodu od reszty jamy otrzewnowej. Wzorem takiego postępowania jest operacya podana przez Witzla[1]), który przeciąga przecięty moczowód poza otrzewną wzdłuż wgłębienia kości biodrowej powyżej linii bezimiennej aż ku przeciągniętemu ku talerzowi biodrowemu pęcherzowi tak, że po zaszyciu otrzewnej akt wszczepienia moczowodu odbywa się pozaotrzewnowo.

Wielką doniosłość, ze względu na późniejszą czynność moczowodu, ma sposób wytworzenia nowego ujścia do pęcherza. Powszechnie radzą unikać szwu okrężnego w obawie następowego zwężenia, jakoteż wszywania moczowodu w kierunku prostopadłym do ściany pęcherza ze względu na możliwość cofania się moczu przy wypełnionym pęcherzu, czemu w stosunkach fizyologicznych ma zapobiegać skośny przebieg końca moczowodu wśród ścian pęcherza.

W celu uniknięcia zwężenia Novaro nacinał podłużnie ścianę dolnego końca moczowodu, a powstałą wskutek tego trójkątną szczelinę wszywał, zwróconą ostrym kątem ku dołowi, w ranę pęcherza.

Krause[2]) przekłówał, przed zeszyciem moczowodu z pęcherzem, przez zewnętrzną warstwę ścian po obu bokach moczowodu na $1^1/_2$ ctm. powyżej płaszczyzny przecięcia, dwie długie jedwabne nitki i przeprowadzał je kleszczykami przez pęcherz i cewkę na zewnątrz. Zapomocą tych nitek wciągał koniec moczowodu do pęcherza tak, że ten sterczał do wnętrza na 1 ctm. Końce nitek (2 z każdej strony), przekłóte przez błonę śluzową w okolicy ujścia zewnętrznego cewki i związane, ustalały moczowód w nadanem mu położeniu przez kilka pierwszych dni po zabiegu. W ten sposób sterczący do pęcherza koniec moczowodu miał być przyciskany do ścian pęcherza w razie zwiększenia się parcia w jego wnętrzu, co wykluczałoby możliwość cofania się moczu.

Dążąc do uzyskania stosunków, najbardziej zbliżonych do fizyologicznych, wytwarzał Witzel po połączeniu brzegów moczowodu z otworem w pęcherzu, ponad skośnie ułożonym na pęcherzu dolnym odcinkiem moczowodu, skośny przewód z uniesionych po obu bokach fałdów z zewnętrznych warstw ściany pęcherza, zastosowując w tem pomysł użyty już poprzednio w podanej przez niego gastrostomii.

W przypadku Dra Rutkowskiego, ze względu na znaczne rozszerzenie moczowodu powyżej blizn, wśród których znajdowała się przetoka, nie zachodziła obawa wytworzenia się następowego zwężenia ujścia, tembardziej, że grubość przerosłych ścian moczowodu powyżej przeszkody ułatwiła ominięcie błony śluzowej moczowodu przy zakładaniu okrężnych szwów, łączących go z pęcherzem.

Ponieważ zaś przecięty moczowód nie dał się bez zbytniego napięcia ułożyć dolnym odcinkiem na pęcherzu, w celu utworzenia skośnego kanału ze ścian pęcherza według Witzla, zmienił operator postępowanie o tyle, że zamiast przewodu ukośnego wytworzył pionowy (w sposób wspomniany już przy opisie operacyi) na wzór obszywania drenu przy gastrostomii Kadera. Pionowy kierunek przewodu, pozornie nieodpowiedni ze względu na możliwość cofania się moczu, wyrównywała ta okoliczność, że wpuklone przez uniesione ku górze fałdy z ścian pęcherza, ujście moczowodu tworzyło stożkowatą wyniosłość, sterczącą ku wnętrzu i stanowić mogło samo dla siebie zastawkę, przypieraną do ściany pęcherza w razie zwiększenia się parcia w jego wnętrzu, podobnie jak przy sposobie Krausego.

Sposób wszywania moczowodu, zbliżony do modyfikacyi Dra Rutkowskiego, opisuje w wspomnianej powyżej publikacyi Mackenrodt, który po założeniu szwów, łączących zapuszczony do wnętrza pęcherza (na wzór Krausego) moczowód z szczeliną pęcherza, wpukla miejsce wszczepienia moczowodu przez uniesienie ku górze okrężnego fałdu z ściany pęcherza. Szczyt fałdu, naciągniętego na moczowód, łączy ze ścianą jego zewnętrzną drugim rzędem szwów, na $1^1/_2$ ctm. powyżej miejsca wszczepienia.

Z tejsamej przyczyny, dla której odstąpił Dr. Rutkowski od przepisów Witzla przy wszczepianiu moczowodu, nie poszedł za jego wskazówkami co do przemieszczenia jego przebiegu. Odcinek dośrodkowy moczowodu wydawał się za krótki, aby go można było po przemieszczeniu wszyć w pęcherz bez zbytniego napięcia. Przyciągnięcie pęcherza ku talerzowi biodrowemu i umocowanie go tam zapomocą szwów, polecane przez Witzla w celu zbliżenia do przemieszczonego moczowodu, nie wydawało się w tym wypadku polecenia godnem, bo pęcherz był niewielki i mało rozciągliwy. Umocowanie go w tak zmienionem położeniu mogło budzić słuszne obawy o sprawność następową jego czynności.

Z tych względów postanowiono pozostawić pęcherz i moczowód „in situ“, a obszar operacyjny wyłączono od jamy otrzewnowej sposobem używanym już przez Novara, łącząc szwem brzegi przeciętej ponad moczowodem tylnej blaszki otrzewnej ściennej z przednią.

Z czynników pomocniczych przy operacyi podnieść należy wysokie ułożenie miednicy według Trendelenburga, które daje w tym wypadku znakomity dostęp do pola operacyjnego.

Zakładanie cewnika moczowodowego, którem posługiwał się przy operacyi Dr. Rutkowski, nie jest koniecznem i przez niektórych chirurgów wcale nie bywa stosowane. Niezaprzeczenie jednak przedstawia ono pewne korzyści ze względu na ułatwienie szycia na cewniku, oraz na zabezpieczenie okolicy szwów od stykania się z spływającym moczem, przynajmniej w pierwszych 48 godzinach po operacyi.

[1]) Witzel. Extraperitoneale Uretherocystostomie mit Schrägkanalbildung. *Centrbl. f. Gynäkologie* Nr. 11. 1896.

[2]) Krause. Intraperitoneale Einpflanzung des Urethers in die Harnblase. *Centrlbl. f. Chirurgie* Nr. 9. 1895.

II. Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O wpływie wody maryenbadzkiej na chemizm i mechanizm żołądka.

Podał

Dr. Józef Latkowski.

(Dokończenie).

Z kolei wypada nam omówić wpływ, jaki wywiera woda maryenbadzka przy dłuższem podawaniu. Już z poprzednich tablic możemy o tem poniekąd wnioskować. Badając bowiem czynność żołądka co dzień przez czas dłuższy w różnych okresach po wypiciu wody maryenbadzkiej, nie spostrzegaliśmy nigdy, z wyjątkiem jednego przypadku, ujemnego działania jej na kwasotę lub zaczyny trawienne. Jedyny zaś wyjątek pod tym względem możemy łatwo wytłómaczyć wpływem psychicznym. Przypadek ten dotyczył histeryczki, która po pewnym czasie zwątpiła w zbawcze działanie wody maryenbadzkiej, podawanej jej w celach sugestyjnych.

W celu zbadania wpływu wody maryenbadzkiej podczas dłuższego podawania, wykonywałem próby żołądkowe przed rozpoczęciem doświadczeń i po ich ukończeniu. Używałem w tym celu próby białkowej, śniadania Ewalda i obiadu próbnego. Treść wydobywałem zapomocą aspiratora żołądkowego, następnie sączyłem, a w przesączu oznaczałem stopień kwasoty całkowitej i od wolnego kwasu solnego; pepton, cukier, śluz. Obok tego badałem siłę trawienia pepsyny według metody Hammerschlaga i zaczyn podpuszczkowy.

Pepton oznaczałem zapomocą ługu sodowego i siarkanu miedziowego, śluz zapomocą zgęszczonego kwasu octowego, a cukier zapomocą ługu potasowego. Po wydobyciu treści przepłukiwałem zwykle żołądek wodą przekroploną, aby się przekonać o sprawności ruchowej żołądka. Treść naczczo wydobyta była zawsze badana drobnowidowo. Dodać jeszcze winienem, iż w każdym przypadku badałem treść na obecność kwasu mlekowego według metody De Jonga.

Próby wykonałem na 2 osobach, chorych na żołądek i 3 zdrowych. *(Patrz Tablica)*.

Uderzającem jest, iż we wszystkich przypadkach kwasota żołądka się podniosła. Siła peptonizacyjna nigdy nie ulegała upośledzeniu. Zaczyn podpuszczkowy nie ulegał nigdy zmniejszeniu, owszem zachowywał swą siłę i przy najdłuższem podawaniu wody maryenbadzkiej (I. 60 dni).

Co do czynności ruchowej żołądka, to można tylko stwierdzić wzmożenie jej pod wpływem wody maryenbadzkiej. Nie śledziłem specyalnie tej czynności w żołądku, lecz z wejrzenia cieczy przepłóczkowej wnoszę, iż pokarmy w krótszym czasie opuszczały żołądek po leczeniu wodą maryenbadzką.

Co do przypadów podmiotowych nie spostrzegałem z wyjątkiem wspomnianej histeryczki żadnych objawów, wskazujących na pogorszenie stanu chorobowego. Chorzy chętnie pili wodę maryenbadzką, a przypady podmiotowe, odnoszące się do ich cierpień żołądka, ustępowały. W jednym przypadku chory, który z powodu silnych bólów w żołądku z obawy przed bólami głodził się, stracił dolegliwości swe zupełnie i przybył na wadze. (I).

Na czynność jelit nie widziałem wybitniejszego działania wody maryenbadzkiej w ilości 300 ctm.³, dopiero 600 ctm.³ wywoływało regularny stolec, z wyjątkiem jednego przypadku (II).

Co do ciężaru ciała chorych, to w przeważnej liczbie przypadków chorzy tracili nieznacznie na wadze (około 1 klgm. w przeciągu 3—4 tygodni). W jednym przypadku chory przybył na ciężarze 6 klgm., lecz zdaje się z tego powodu, iż przedtem głodził się z obawy przed bólami (I).

Ilość moczu zwiększała się przy podawaniu wody maryenbadzkiej.

Wobec tych spostrzeżeń dadzą się wysnuć następujące wnioski:

1. Woda maryenbadzka silnie podrażnia błonę śluzową żołądka.

2. Podnosi czynność mechaniczną i sprawność żołądka.

3. Podnieca wydzielanie kwasu solnego wolnego i utajonego.

4. Nie upośledza czynności zaczynów trawieńcowych (pepsyny i zaczynu podpuszczkowego).

5. Wobec tych własności może mieć zastósowanie w tych cierpieniach żołądka, gdzie chodzi o pobudzenie siły wydzielniczej błony śluzowej żołądka, lub podniesienie sprawności ruchowej, wreszcie gdzie chodzi o usunięcie procesów fermentacyjnych w żołądku.

Z doświadczeń tych wynikają równocześnie przeciwskazania do używania leczniczego wody maryenbadzkiej. Są nimi z doświadczalnego punktu widzenia stany podrażnienia błony śluzowej ze wzmożonem wydzielaniem ClH, a więc wrzód żoładkowy, nieżyt kwaśny i rozmaite stany hypersekrecyjne.

Literatura.

W. Jaworski. Versuche über die relative Resorption der Mittelsalze im menschlichen Magen. Zeitschrift f. Biologie. Bd. XIX.

Tenże. Doświadczenia nad ilościowem znikaniem rozczynów niektórych soli z żołądka ludzkiego. Medycyna T. X z r. 1882.

Tenże. Ueber die Wirkung des Karlsbader Thermalwassers auf die Magendarmfunktion. Separatabdruck aus dem Deutschem Archiv für klinische Medizin, XXXVII Bd. 1885.

Tenże. Vergleichende Versuche über das Verhalten des Karlsbader und Kissinger Wassers, sowie des Karlsbader Quellsalzes im menschlichen Magen Deutsch Archiv f. klin. Medizin XXXV Bd. 1884.

Tenże. Ueber den Gebrauch der Magendouche und über die Bestimmung der vitalen Capacität und der vitalen Contractilität des Magens durch Gasvolumen. Deutsch. Archiv f. klin. Medizin XXXV Bd.

Tenże. Ueber die Wirkung der Säuren auf die Magenfunction des Menschen. Deut. med. Wochenschrift 1887. 36—38.

Tenże. Podręcznik chorób żołądka. Kraków. 1899.

Hammerschlag. Internat. klin Rundschau 1894. Ueber eine neue Methode zur quantitativen Pepsinbestimmung.

Oppler. Beitrag zur Kenntniss vom Verhalten des Pepsins bei Erkrankungen des Magens Archiv für Verdauungskrankheiten Band II, Heft I.

Gintl. Ueber das Verhalten des Pepsins bei Erkrankungen des Magens. Archiv f. Verdauungskrankheiten. Bd. IV. H. III.

De Jong. Der Nachweis der Milchsäure. Archiv f. Verdauungskrankheiten. Bd. II, H. I.

Reichman. Experimentelle Untersuchungen über den localen Einfluss des Chlornatriums auf die Magensaftsecretion Archiv für experim. Path. u. Ph 29, Bd. 488.

Tenże. Badania doświadczalne na bezpośrednim wpływem dwuwęglanu sodu na wydziel. soku żołądk. Gazeta lekarska, 1894, 39—41.

Leréche. Revue de la Suisse Romande, 1884. Influence du sel de cuisine sur l'acidité du suc gastrique.

Wolff. Einfluss verschieden. Genuss- u. Arzneimittel auf den menschlichen Magensaft, Zeitschrift f. klin. Medizin. 1889.

Schüle. Untersuchungen über die Secretion u. Motilität des normalen Magens. Zeitschrift f. klin. Medizin. 28 Bd. 1895.
Schwaneberger. Ueber den Einfluss der Alkalien auf die Magenverdauung. Dissertation. Erlangen.
Kussmaul. Ueber die peristaltische Unruhe des Magens. Volkmann's klin. Vorträge N. 181.
V. Mering. Ueber die Function des Magens. Verhandlungen des 12 Congresses f. innere Medizin. Wiesbaden, 1893.
Moritz. Ueber das Verhalten flüssiger und breiartiger Substanzen im menschl. Magen. Verhandl. d. Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Aerzte. Wien, 1895.
Leichtenstern. Balneoterapie in Ziemssen's Handbuch d. allgemeinen Therapie, 1880.
Kisch. Balneotherapeutisches Lexikon 1896.
Rossbach. Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 46. Bd. 1890. Beiträge zur Lehre von den Bewegungen d. Magens.
Quincke. Ueber die Wirkung kohlensäurehaltiger Getränke. Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakologie Bd. 7, 1877.
Ewald u. Sandberg. Ueber die Wirkung des Karlsbader Wassers auf die Magenfunction. Centralblatt für medizin. Wissenschaft. 1888, Nr. 17 i 18.
Spitzer. Zur Wirkung des Karlsbader Thermalwassers auf die Magenfunctionen. Therap. Monatshefte, 1894, April.
Geigel u. Abend. Die Salzsäure-Secretion bei Dyspepsia nervosa. Virchov's Archiv Bd. 130. Heft 1.
Du Mesnil. Ueber Einfluss v. Säuren u. Alkalien auf die Acidität des Magensaftes. D. med. Wochenschrift, 1892, Nr. 49.
Korczyński u. Jaworski. Klinische Befunde bei Ulcus u. Carcinoma ventriculi. Deutsche Med. Wochenschrift, 1886, Nr. 47—49.
Glax. Lehrbuch der Balneotherapie, 1897.

III. Oceny i sprawozdania.

Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci Prof. Dra Alfreda Obalińskiego przez grono ostatnich jego uczniów i współpracowników. Kraków 1899.

Poważna ta książka miłe robi wrażenie i za serce chwyta, bo najwymowniejsze daje świadectwo o zaletach i zasługach nieodżałowanego profesora, a nie mniej pięknie świadczy o jego uczniach, którzy w ten najodpowiedniejszy sposób umieli hołd oddać swojemu Mistrzowi.

Sam początek „Zbioru“ zdobi dobrze udana podobizna ś. p. Prof. Obalińskiego, a nie mniejszą ozdobę stanowi na wstępie umieszczony życiorys pióra Dra A. Kwaśnickiego, zgrabnie połączony z rzutem oka na rozwój klinicznego nauczania chirurgii w Polsce, napisanym według notatek, pozostawionych przez ś. p. Obalińskiego.

Przejdźmy do krótkiego sprawozdania z prac umieszczonych w zbiorze, a raczej do wzmianki tylko pobieżnej o nich, bo chciałbym tylko zwrócić na nie uwagę, a nie zwolnić swojem sprawozdaniem nikogo, kto się temi sprawami zajmuje, od przeczytania *in extenso* tych prac, jak na to zasługują.

I. Dr. Ryszard Urbanik. *O wynikach pierwszorzędnej resekcyi jelita zgorzelinowego w przepuklinach uwięzłych, na podstawie materyału prof. Obalińskiego.*

Po wykazaniu wątpliwości, jakie istniały w podejmowaniu pierwszorzędnej resekcyi jelita zgorzelinowego, zbija autor zdanie B. Schmidta, jakoby anty- i aseptyka żadnego nie wywarły korzystnego wpływu na wyniki po operacyach przepuklin uwięźniętych. Sądzi, że nawet niekoniecznie potrzeba szczególnie korzystnych warunków zewnętrznych, żeby operacyę uwięźniętej przepukliny wykonać z dobrym skutkiem, na co zupełnie się zgadzamy. Zwraca dalej uwagę na rzeczywiście bardzo ważną wskazówkę Kochera, że zmiany w ścianach doprowadzającego końca jelita daleko większą przestrzeń zajmują, niż w odcinku odprowadzającym i że dlatego z reguły daleko dłuższy kawał doprowadzającego jelita resekować trzeba, ażeby w zdrowych częściach szew założyć, od czego przeważnie jego wytrzymałość zależy.

Słusznie też podnosi U., że jakkolwiek założenie odbytu sztucznego na razie może przedstawia mniejsze niebezpieczeństwo, to przecież nie stanowi to jeszcze wyleczenia chorego, bo potem trzeba jeszcze nowymi zabiegami usuwać sam odbyt sztuczny, żeby chorego nazwać wyleczonym, a to grozi nowemi niebezpieczeństwami. Nieraz znowu założenie odbytu sztucznego zawierałoby w sobie bezpośrednie i wprost zabijające niebezpieczeństwo, jeżeli mianowicie założyłoby się zbyt wysoko na jelicie cienkiem otwór, bo wykluczając w ten sposób wielką część jelita, naraża się chorego na głodową śmierć z wyniszczenia.

Na podstawie doświadczenia ś. p. Obalińskiego dochodzi autor do wniosków następujących:

„Wybór postępowania wobec napotkanej w przepuklinie uwięzłej zgorzeli jelita zależy w znacznej części od ogólnego stanu chorego.

Wobec znacznego zapadu sił należy raczej założyć odbyt sztuczny.

Pierwszorzędna resekcya jest zabiegiem idealnym, godnym nowoczesnej chirurgii, gdyż stwarza doraźnie prawidłowe anatomiczne i funkcyonalne stosunki.

Wskazaną jest: we wszystkich przypadkach uwięźnięcia elastycznego, gdzie zgorzel powstała szybko i w tych przypadkach zgorzeli powstałej wskutek zastoju kałowego, w których istnieje możność ocenienia stanu ściany jelita.

Stany zapalne worka i tkanki około bramy przepuklinowej, ogólne zapalenie otrzewnej same przez się (to znaczy o ile nie towarzyszy im znaczny zapad sił) nie stanowią przeciwwskazania do resekcyi jelita.

Zgorzel pętli małej lub jednościennie uwięzłej wymaga również wykonania resekcyi jelita.

Wykonanie herniolaparatomii przedstawia w niektórych przypadkach wiele korzyści.

Po herniotomii w przepuklinie uwięzłej zgorzelinowej nie należy wykonywać bezpośrednio operacyi radykalnej.

Warunkami, niezbędnymi dla pomyślnego wyniku resekcyi pierwszorzędnej, są: założenie dokładnego szwu w niezmienionej ścianie jelita, ścisłe przestrzeganie zasad antyseptyki, a wreszcie racyonalne przeprowadzenie leczenia następowego“.

Są to zasady, jakich się w głównych zarysach dzisiaj prawie wszyscy chirurdzy trzymają.

Z dołączonej na końcu statystyki Obalińskiego wynika, że na 74 przypadków zgorzeli jelita w przepuklinach uwięzłych przyszło po resekcyi pierwszorzędnej 41 razy do zejścia śmiertelnego, 29 przypadków zakończyło się uleczeniem zupełnem, a 4 uleczeniem względnem, to znaczy 55,40% śmiert., 39,18% ulecz. zupełnego i 5,40% uleczenia względnego.

II. Dr. Jan Gawlik. *Przyszycie nerki wędrującej według sposobu Obalińskiego.*

Pierwszą nefropeksyę wykonał w roku 1881 Hahn w Berlinie, a po nim podano dość znaczną liczbę zmian jego postępowania, żeby osięgnąć pewniejsze przyrośnięcie nerki na przeznaczonem miejscu. Jedną z takich modyfikacyj podał i ś. p. Obaliński, przyjmując zasadę Lyoyda, że koniecznym warunkiem wytworzenia się trwałych zrostów jest odłuszczenie z powierzchni nerki torebki włóknistej w miejscu przyczepienia. „Dwuwrotowe cięcie w kształcie *I*, przez torebkę włóknistą nerki poprowadzone, tak, że długie jego ramię przebiega wzdłuż zewnętrznego wypukłego brzegu nerki. Odłuszczenie na tępo i umocowanie szwami katgutowymi otwartych w kształcie wrót płatków torebki włóknistej wraz z torebką tłuszczową do wewnętrznej powierzchni ścian okolicy lędźwiowej. Warstwowe zaszycie powłok z pozostawieniem skrawka gazy sterylizowanej, sięgającego do powierzchni nerki“.

W ten sposób przyszyto w klinice krakowskiej 2 razy nerkę, w obydwu przypadkach z pomyślnym dotychczasowym wynikiem.

III. Dr. Karol Kaczkowski. *O kamieniach pęcherzowych na podstawie przypadków operowanych przez Prof. Dra Obalińskiego.*

W pięknej tej i pilnej pracy autor zastanawia się w czterech rozdziałach nad przyczynami, składem, objawami i nad leczeniem kamieni moczowych. Opierając się na stosunkowo licznym materyale ś. p. Obalińskiego, wykazuje, w których okolicach Galicyi najczęściej znachodzimy kamienie moczowe i o ile czynniki teluryczne mają wpływ na ich powstawanie. Dalej zastanawia się nad tem, jaki wpływ pod tym względem wywiera wiek, płeć, rasa i sposób żywienia się chorych.

Skład chemiczny kamieni moczowych był bardzo rozmaity. Najczęściej znaleziono moczany i fosforany, dalej kwas moczowy, szczawian wapniowy i węglan wapniowy. W 4 przypadkach ciało obce stanowiło jądro kamienia. Co do leczenia, to stósował Obaliński następujące operacye: *sectio mediana* 23 razy, *sectio alta* 14 razy, *sectio alta modo Bardenheuer* 5 razy, *sectio lateralis* 3 razy, *sectio modo Zuckerkandl* raz, *litholapaxia* 12 razy, *lithotripsia* raz, *urethrotomia externa* 2 razy, *colpocystotomia* raz. W technice operacyjnej i leczeniu następowem nie różnił się Obaliński od zasad ogólnie przyjętych. Śmierć nastąpiła w 10 przypadkach.

IV. Dr. Tymoteusz Piotrowski. *Wyniki resekcyi stępu sposobem Obalińskiego.*

Sposób Obalińskiego, *resectio longitudinalis*, znany jest czytelnikom tego pisma, bo został on właśnie w niem swego czasu przez samego Obalińskiego ogłoszony. Ma on posiadać przed wszystkimi innymi sposobami tę zaletę, że daje dokładniejszy przystęp do wszystkich kości stępu i jak najmniejsze wywołuje zniekształcenie. Według tego sposobu operowano 19 razy. Blizna, jaka pozostaje na podeszwie, nigdy nie ma przeszkadzać w chodzeniu.

V. Dr. Stanisław Droba. *Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych na podstawie materyału Profesora Dra Alfreda Obalińskiego.*

Praca to bardzo sumienna i uwzględniająca dokładnie literaturę, mianowicie prace Langenbucha. Kehra, a — prócz wielu innych — przedewszystkiem Riedla. Mamy w niej przedstawione bardzo zrozumiale przyczyny i rozmaite teorye powstawania kamieni żółciowych i kolki żółciowej. Tak samo mamy dobrze opisane przebieg, objawy, rokowanie, powikłania i leczenie tego cierpienia; a wszystko umiejętnie objaśnione przypadkami z materyału Obalińskiego. Zadalekoby nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli choć bardzo pobieżnie streścić tę pracę, a nie byłoby z tego należytej korzyści, którą każdy odniesie, kto z uwagą całą pracę odczyta. Powiemy tylko tyle, że w odpowiednich przypadkach autor jest zwolennikiem wycięcia pęcherzyka żółciowego („ektomii“ Langenbucha).

VI. Dr. Maksymilian Rutkowski. *Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.*

Ważna ta praca i jedna z najlepszych całego „Zbioru“ niedawno drukowała się w *Przeglądzie lekarskim*, więc nie potrzebuję jej streszczać, a chyba tylko zachęcić do dokładnego jej przestudyowania. Zawiera ona umiejętnie i skrzętnie opracowany, niezwykle pod tym względem obfity, materyał ś. p. Obalińskiego.

VII. Dr. Maksymilian Rutkowski. *Plastyka pęcherza.*

Kto kiedykolwiek miał do czynienia z leczeniem wynicowania pęcherza, ten zna dobrze trudność usunięcia tego ohydnego cierpienia i wdzięczny będzie Rutkowskiemu, że nowem postępowaniem wzbogacił nasze zabiegi lecznicze. Wprawdzie już przedtem starano się wytworzyć z jelita pęcherz, ale myśl przewodnia postępowania Rutkowskiego jest inna: jemu nie chodzi o wytworzenie nowego pęcherza, a „o wydoskonalenie plastyki przez użycie odpowiedniego materyału, t. j. płata, utworzonego ze ściany jelita, który rozmiarami daje się zupełnie dobrze zastósować do pozostałych resztek pęcherza“, gdyż, jak wiadomo, płaty skóry tak pojedyncze, jak podwójnie składane nie mogą nigdy zastąpić prawidłowej ściany pęcherza, a przeciwnie odgrywają zawsze w pęcherzu rolę ciała obcego.

Postępowanie swoje opisuje Rutkowski, jak następuje: „Dnia 12go maja 1898 roku przystąpiłem do operacyi. W uśpieniu chloroformowem, poprowadziłem cięcie 6 ctm. długie w linii środkowej aż do górnego brzegu pęcherza. Po otwarciu jamy brzusznej wydobyłem pętlę jelita biodrowego, którą przeciąłem poprzecznie w 2-ch miejscach, odległych od siebie o 6 ctm., czyli wyłączyłem 6-centymetrowy kawałek jelita. Odcinek odprowadzający zeszyłem z doprowadzającym szwem okrężnym, dwupiętrowym, ciągłym, nitką jedwabną, a następnie odprowadziłem zeszytą pętlę do jamy brzusznej. Wyłączony kawałek jelita, usadowiony na odpowiednim odcinku kreski, przeciąłem w kierunku podłużnym, w miejscu przeciwległem przyczepieniu kreski. W ten sposób otrzymałem płat czworoboczny, o powierzchni około 40 ctm., którego szypułę stanowiła kreska. Ściany pęcherza oddzieliłem od powłok brzusznych i w rozciągnięty otwór pęcherza wszyłem ów płat jelitowy szwem dwuwarstwowym, ciągłym. Pierwsze piętro (szew katgutowy), przechodziło przez całą grubość ściany pęcherza i jelita (szew katgutowy), zajmując tylko szczyt błony śluzowej, drugie zaś piętro (szew jedwabny) stanowił szew Lamberta. Przez to powstał pęcherz, którego przednią ścianę tworzyła ściana jelita.

Ponad zamkniętym pęcherzem zeszyłem powłoki brzuszne. Do pęcherza przez cewkę wprowadziłem cewnik na stałe. Operacya trwała półtorej godziny. Stan chorego po operacyi był zupełnie dobry.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Chory nie gorączkował. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Dnia 10-go szwy wyjęto. Założono choremu dobrze przylegający zbiornik na mocz, a obok tego pelotkę uciskającą na górną ścianę cewki, w miejscu rozstępu kości łonowych. Przy pomocy pelotki chory może zatrzymać mocz przez 3 kwadranse. Badanie kilkakrotne moczu wykazało zaledwo dostrzegalny ślad białka, o ciężarze gatunkowym 1·013, oddziaływaniu alkalicznem, ze zwiększoną ilością fosforanów. W osadzie znaleziono dość dużo śluzu, kryształki fosforanów, w niewielkiej ilości przybłonki płaskie, masy ziarniste bezkształtne, powstałe z rozpadu ciałek wypocinowych. W 8 tygodni po operacyi chłopiec zdołał zatrzymać dowolnie około 25 ctm. sz. moczu. Przy naparciu na mocz wytryska strumień z cewki na wysokość około 30 ctm. Z powodu zamknięcia kliniki dalszej obserwacyi przeprowadzić nie można było.

Chory opuścił klinikę w dwa miesiące po operacyi“.

Doświadczenia na psach wykazały, że tak kawałki jelita cienkiego, jak i grubego doskonale wrastają w ściany pęcherza i coraz to bardziej stają się do nich podobnymi przez narastanie przybłonka pęcherzowego.

Tak oto w najkrótszem streszczeniu przedstawia się obfity plon „Zbioru prac“.

W końcu mogę tylko jeszcze raz zachęcić do uważnego przeczytania tych ze wszechmiar uwagi godnych rozpraw.

L. Rydygier.

IV. Wyciągi.

Piesbergen: **Przyczynek do drgawkowego miesienia oka.** *(Centralbl. f. Augenh.* Luty, 1899). Leczenie różnorodnych cierpień oka zapomocą miesienia, wykonywane zresztą już w starożytności, wydoskonalił Pagenstecher w ósmym dziesiątku naszego stulecia, ujmując je w pewne karby i nakreślając odpowiednie dlań wskazania. Wykonywa je, prze-

suwając szybkim ruchem okrężnym lub migawkowym powiekę po gałce, celem wyjaśnienia plam rogówkowych, lub też w przebiegu zapalenia twardówki, miąższowego zapalenia rogówki, nieżytu wiosennego spojówki i t. p. Mautner poleca je w przypadkach zaczopowania tętnicy siatkówkowej, a Hirschberg w r. 1888 usunął tym sposobem zator w podobnym przypadku. Pierwszym jednak, który w r. 1893 zwrócił uwagę na drgawkowe miesienie gałki ocznej, był Maklakow, a po nim Katzaurow. Używali oni pióra Edisona, małego elektromotoru, który jest zdolnym wykonać 9000 drgnień na minutę.

Za ich przykładem stósował autor drgawkowe miesienie w rozmaitych cierpieniach oka i to przez powieki lub wprost na gałkę, zapomocą przyrządu (elektrycznego ołówka do retuszowania), zaopatrzonego gałką, wykonywującą na minutę 200 miarowych drgnień, których siłę dowolnie stopniować można. Na podstawie licznych doświadczeń przychodzi autor do następujących wniosków: 1) Miesienie drgawkowe jest wskazanem we wszystkich przewlekłych stanach zapalnych rozmaitych części oka, mianowicie: rogówki, twardówki, tęczówki, ciałka rzęskowego, naczyniówki, a nawet w krwotokach. 2. W przypadkach porażeń mięśni ocznych. 3. Celem obniżenia ucisku śródocznego, spowodowanego pęcznieniem mas soczewkowych po dyscysyi, których zaćmienie i wessanie znacznie przyspiesza 4) Obniża ucisk śródoczny w przebiegu jaskry (co już Katzaurow zauważył) i pogłębia przednią komórkę. 5) Przeciwwskazane jest przy wszelkich ostrych stanach zapalnych. 6) Działanie miesienia tłómaczy sobie autor wpływem jego na stosunki krażenia limfy i porównywa je z podobnem działaniem podspojówkowych wstrzykiwań. *Dr. Szulisławski.*

Prof. H. Kuhnt: **O wartości mechanicznych sposobów leczenia jaglicy.** *(Zeitschrift für Augenheilkunde* Nr. 1. 1899). Leczenie jaglicy ma dla nas, z powodu częstego, a nierzadko nagminnego jej pojawiania się w naszym kraju, tak wielkie znaczenie, że każdy przyczynek do leczenia jaglicy zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie, a to tembardziej, że lekarz, wykonujący praktykę w miejscu, gdzie niema specyalistów, nie może się wymówić od leczenia chorych, dotkniętych tem cierpieniem.

W nowszych czasach powracają okuliści do tak zwanego mechanicznego leczenia pokrytej ziarnami spojówki, używanego już w starożytnym Egipcie, choć w nieco odmienny sposób. Przez mechaniczne leczenie jaglicy dziś należy rozumieć niszczenie ziarn jaglicowych, zachowując naturalnie o ile to być może resztę tkaniny spojówkowej. W tym celu Keiningowie zalecili nacieranie chorej spojówki watą, zmaczaną w sublimacie; Schröder, Darier, Abadie, Manolescu i Lakah przecierają spojówkę szczoteczkami; Cuignet wprowadził wyciskanie ziarn, Knapp zaś używa znanego przyrządu „walcowatych szczypczyków“, któremi wyciska ziarna, a Kramsztyk obmyślił także szczypczyki do tego celu służące, które przedstawił na jednym ze zjazdów lekarskich we Lwowie. Kuhnt spostrzegał, że działanie przyrządów, które wyciskają ziarna według zasady Knappa, sprowadza znaczne obrażenia spojówki, następowe obrzmienia i fałdowania, a wreszcie zrosty miejsc pozbawionych przybłonka, co znowu pociąga za sobą zanik załamka skutkiem zmniejszenia przestrzeni spojówkowej. Chcąc działać łagodniej sporządził szczypczyki zakończone płytkami, mającemi kształt kwadratowy lub sercowaty, w których się znajdują otworki mające 1·25 mm. średnicy. Otworki jednej płytki nie są umieszczone naprzeciw otworków drugiej, skutkiem czego przy przyciskaniu ziarna się dają łatwo wycisnąć bez znacznego obrażenia spojówki. Płytki się tak wprowadza w worek spojówkowy, aby się pomiędzy nie dostał załamek pokryty ziarnami jaglicowemi, poczem się je ściska, przyczem miększe ziarna jaglicowe pękają, a ich treść dostaje się do otworków. Po wyciśnięciu wszystkich ziarn przepłukuje się worek spojówki roczynem *Hydrarg. oxycyanati* 1: 2500 i robi zimne okłady. Po 2 lub 3 dniach goją się miejsca, w których były ziarna jaglicowe, a wtenczas należy przystąpić do dalszego leczenia środkami ściągającymi i przeciwgnilnymi, które zmniejszają ilość wydzieliny, występującej najczęściej dość obficie po wyciskaniu ziarn.

W tych przypadkach, w których spojówka powiek i gałki jest już wolną od ziarn jaglicowych, a w załamku jeszcze się ich większa ilość znajduje, można dla skrócenia trwania leczenia drogą operacyi załamek usunąć. (Richet-Gałęzowski); jeżeli zaś chrząstka górnej powieki jest w wyższym stopniu chorobowo zmieniona i prawidłowy kształt zmieniła, można ją wyciąć samą (Kuhnt), lub wraz z załamkiem (Jacobson-Heisrath).

Mechaniczne sposoby leczenia i operacyjne zabiegi skracają znacznie trwanie choroby, lecz mimoto leczenie lekarstwami, a mianowicie azotanem srebrowym i siarkanem miedziowym są niezbędne, gdyż bardzo chyba tylko wyjątkowo udać się może doszczętne wyniszczenie i wycięcie chorych miejsc. *Dr. Machek.*

Wirszyłło. **Wpływ tranu rybiego na wydzielanie soku żołądkowego.** (*Wracz*, Nr. 3. r. 1899). Wobec braku prac doświadczalnych nad wpływem tranu rybiego na wydzielanie soku żołądkowego, autor przeprowadził szereg (15) doświadczeń w tym kierunku u dzieci, które nie przedstawiają żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego i nie gorączkują i doszedł do następujących wniosków: 1) Tran rybi zmniejsza ilość kwasu solnego i pepsyny w soku żołądkowym, przyczem początkowo więcej bywa upośledzonem wydzielanie pepsyny, następnie zaś zmniejszenie ilości kwasu solnego i pepsyny staje się bardziej równomiernem. 2) Upośledzenie to jest najwybitniejszem w początkowym okresie wydzielania soku, później zaś trwa wprawdzie, lecz w mniejszym stopniu. 3) Praca wydzielnicza gruczołów żołądkowych pod wpływem tranu słabnie, lecz zato trwa dłużej.

Zestawiając te wyniki ze spostrzeżeniami klinicznemi, autor zapatruje się sceptycznie na lecznicze własności tranu, a nawet obawia się, że korzyści, jakie tran przedstawia jako tłuszcz, są mniejsze, niż szkoda, jaką przynosi choremu przez upośledzenie trawienia białka. *Gliński.*

A. W. Beketow. **Przyczynek do sprawy leczenia heroiną.** *(Wracz*, Nr. 10, r. 1899). Autor stósował heroinę w 25 przeszło przypadkach gruźlicy i przyszedł do następujących wniosków: 1) Heroina bardzo szybko (już po upływie ½ godziny) zmniejsza znacznie kaszel. 2) Liczba oddechów pod wpływem heroiny zmniejsza się tylko w tych przypadkach, gdzie przyspieszenie jest zależne od kaszlu lub bólów opłucnowych; w wypadkach zaś, gdzie duszność zależy od zaburzeń sercowych (wady zastawkowe, zwyrodnienie włókniste mięśnia sercowego), lub zmniejszenia powierzchni oddechowej, heroina nie działa. 3) Na krążenie heroina nie wywiera bezpośrednio żadnego wpływu. 4) Heroina działa wprawdzie jako środek nasenny, lecz tylko dzięki osłabieniu kaszlu i zmniejszeniu bólów opłucnowych. 5) Na trawienie heroina nie wpływa. 6) Szczególniej pożyteczną okazuje się heroina przy krwiopluciu, gdyż znosi niepożądany wtedy kaszel. 7) Heroinę podawać można przez czas dłuższy bez obawy, aby przestała działać skutkiem przyzwyczajenia się chorego. *Gliński.*

Schultz. **O działaniu środków rozszerzających i zwężających źrenicę.** *(Arch. f. Anat. und Physiol.* 1898). Na podstawie 90 doświadczeń, wykonanych na psach, kotach i królikach, przy stosowaniu tych środków do worka spojówkowego na odsłonięte nerwy i zwoje, przychodzi autor do następujących wniosków: Atropina rozszerza źrenicę przez porażenie zakończeń n. okoruchowego Kokaina zaś — przez podrażnienie n. współczulnego, skutkiem czego rozszerzenie źrenicy atropiną wywołane zwiększa się po dodaniu kokainy tak znacznie, że u kotów n. p. tęczówka gubi się niemal poza rąbkiem. Silne roczyny kokainy tensam skutek wywołują, a to zarówno przez podrażnienie n. współczulnego, jakoteż równoczesne porażenie zakończeń n. okoruchowego. Ezeryna jest przeciwnikiem (antagonistą) atropiny w ści-

słem znaczeniu słowa, t. j. działa również na zakończenia n. okoruchowego, nie zaś, jak dotychczas mniemano, na mięśnie tęczówki. Zupełnie taksamo działa także muskaryna. Jeżeli przy porażeniu n. okoruchowego ezeryna zwęża rozszerzoną źrenicę, to przyczyna porażenia może najwyżej sięgać do zwoju rzęskowego (Gangl. ciliare).

Dr. Szulisławski.

A. Groenouw (Wrocław). **Bakteryologiczne badania nad etyologią zapalenia oczu u noworodków**. *(Bericht über d. 27. Versammlung d. ophthalm. Gesellschaft in Heidelberg,* 1898). Autor zebrał 40 przypadków zapalenia spojówkowego u dzieci w pierwszych tygodniach życia, uwzględniając nietylko śluzoropotok, który dzieli na ciężki, lekki i pośredni, lecz także nieżyt spojówkowy z nieznaczną wydzieliną śluzowo-ropną. Badanie bakteryologiczne dało następujące wyniki: W 4 przypadkach lekkiego śluzoropotoku znalazł autor 2 razy gonokoki, raz *bacterium coli;* w 13 przypadkach średniego i ciężkiego śluzoropotoku — 12 razy gonokoki.

W 7 przypadkach lekkiego nieżytu spojówkowego znalazł tylko raz *bacterium coli;* w 12 ciężkich przypadkach nieżytu 5 razy pneumokoki, raz *bacterium coli,* i raz gronkowca ropotwórczego złocistego.

Z badań tych wynika, że gonokoki i pneumokoki z pewnością wywołują zapalenie spojówkowe; z pewnem prawdopodobieństwem można tosamo powiedzieć o gronkowcu ropotwórczym złocistym i o *bacterium coli;* o innych zaś drobnoustrojach znajdowanych w wydzielinie worka spojówkowego nic stanowczego twierdzić niemożna.

W 40 badanych przypadkach znalazł autor 14 razy gonokoki. W tych razach obraz kliniczny przedstawiał zawsze wybitny śluzoropotok, 3 razy powikłany z wrzodami rogówki. Pierwsze objawy choroby występowały w pierwszych 5-ciu dniach, raz jednak dopiero w dniu 13-tym, a raz w 15-tym. U matek zawsze można było stwierdzić białe upławy z powodu rzeżączkowego zapalenia pochwy. Leczenie trwało zwykle średnio, 6 tygodni. Po ustaniu jednak wszelkiej wydzieliny znajdowano jeszcze gonokoki nawet do dni 25-ciu.

Ztąd praktyczna wskazówka, aby, w celu zapobieżenia nawrotom, działać jeszcze przez pewien czas po ustaniu ropienia na spojówkę środkami zabijającymi bakterye. Na podstawie swych badań przychodzi autor do wniosku, że tensam zarazek może wywoływać różne postacie zapalenia spojówkowego — co zresztą już inni badacze twierdzili — i że spojówki u noworodków mają szczególniejszą skłonność do zapalenia nieżytowego lub śluzoropotoku pod wpływem jakiegokolwiek bodźca zapalnego. *Dr. J. Kreutz.*

Adolphi: **Zatrzymanie płodu obumarłego w macicy przez $4^1/_2$ miesiąca**. *(St. Petersb. Med. Woch.* Nr. 7.). Autor opisuje przypadek porodu w $8^1/_2$ miesiąca po ostatniej miesiączce; płód rozwojem swym odpowiadał czwartemu miesiącowi ciąży. Objawów przerwania ciąży, względnie obumarcia płodu w przebiegu ciąży, autor nie stwierdził, mimo że miał sposobność kilkakrotnego badania chorej. Poród płodu odbył się siłami natury; natomiast popłód musiał autor wydobyć ręcznie, po poprzedniem rozszerzeniu szyi. Przyczynę wczesnego obumarcia płodu odnosi autor do zmian zapalnych błony śluzowej macicy. Powód zaś, dla którego nie nastąpił poród obumarłego dziecka zaraz, tylko dopiero po upływie czterech miesięcy, upatruje autor w nader małej pobudliwości do skurczów macicy, wywołanej pozostałościami zapalnemi w tkance około i omacicznej, co zdaje się także popierać ta okoliczność, że w danym przypadku musiano usuwać łożysko ręcznie, pomimo że nieprawidłowego połączenia między niem a ścianą macicy nie stwierdzono. Autor w końcu swej rozprawy dopuszcza możliwość, że powolne obumieranie płodu może usposabiać do zatrzymania płodu w macicy przez dłuższy czas po jego śmierci. *St. W.*

Józef Weil: **O wtórnej ciąży trąbkowej**. *(Prager. Med. Woch.* Nr. 1, 2, 3, 4, 6). Autor opisuje przypadek ciąży trąbkowej pękniętej trąbki lewej, z równoczesną ciążą trąbkową prawą. Jak z wywiadów i obrazu anatomicznego w danym przypadku wynika, ciąża po stronie prawej była wcześniejszą i wyprzedzała na niespełna rok powstanie ciąży w trąbce lewej. Chora wyleczoną została przez obustronne wycięcie zmienionych trąbek. Autor podnosi względną rzadkość wtórnego zastąpienia trąbkowego, jakkolwiek przyznaje, że przy dokładniejszej obserwacyi podobne przypadki nie będą należeć do tak wyjątkowych, jak już dziś stała się ciąża pozamaciczna przy dokładniejszych sposobach badania w ginekologii rzeczą powszednią; że tak jest, wykazuje autor z zebranych w literaturze 52 przypadków, bo gdy w r. 1888 zaledwie ogłoszono ich dwa, to w 1898 już jedenaście. Na tej podstawie nie można wysnuwać wniosku, że wtórna ciąża staje się z każdym rokiem częstsza, tylko, że dokładniejsze obserwacye wywołuje to niestosunkowe wzmożenie się przypadków. Z zestawionych przez autora przypadków wynika, że wiek chorych z wtórną ciążą przypada na czas największej płodności kobiety, to jest na rok 30 życia. Płodność we wszystkich przypadkach była zmniejszona, a w każdym przypadku ciążę trąbkową wyprzedzał pewien okres niepłodności. Odległość czasu między jedną ciążą trąbkową, a wtórną u tej samej osoby wynosiła od 6 tygodni do 6 lat. Jako przyczyny ciąży trąbkowej w ogóle podnosi autor zmiany zapalne trąbek i ich otoczenia, wywołane trypem, a również zaznacza, że ważną rolę mogą odgrywać wady rozwojowe trąbek, a to skoro trąbka pozostaje na stopniu rozwoju dziecięcego.

Ciąża trąbkowa wtórna może ulegać rozmaitym zmianom, podobnie jak i ciąża po raz pierwszy powstała, ale w każdym razie, we wszystkich przypadkach, znanych w literaturze, wtórna ciąża przerywała się zawsze w 2 lub 3 miesiącu.

W końcu niniejszej rozprawy autor zadaje pytanie, czy wobec możliwości ciąży wtórnej trąbkowej nie należy przy operacyjnem leczeniu pierwszej ciąży usunąć trąbki po stronie przeciwnej? Odpowiada naturalnie na to pytanie przecząco, a dopuszczalnem by było usunięcie trąbki strony przeciwnej tylko przy znacznych zmianach w tej trąbce, któreby z góry pozwalały przypuszczać możliwość wtórnego zastąpienia trąbkowego. *St. W.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 15 marca 1899 r.

Przewodniczący: kol. Prezes Prof. Pieniążek. — Obecnych członków 51.

I. Kol. Latkowski miał odczyt: »O wpływie wody maryenbadzkiej na trawienie«. (Rzecz drukuje się w »Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi zabrał głos kol. Prof. Korczyński, który podzielając zapatrywanie prelegenta na wpływ wody maryenbadzkiej ze zdroju Kreuzbrunn na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka, zapytuje się, jaka zdaniem prelegenta istnieje różnica w działaniu leczniczem tej wody w porównaniu z wodą karlsbadzką, jakie różnice wynikają co do wskazań podawania tych wód w rozmaitych cierpieniach żołądka, wreszcie czy z doświadczeń tych przynajmniej teoretycznie nie możnaby wysnuć jakich wniosków, co do przeciwskazań dla wody maryenbadzkiej w chorobach żołądkowych.

Kol. Prof. Jaworski: Wskazania do zdrojowisk wyrabiały się z biegiem czasu w sposób rozmaity. W początkach gromadziły się wskazania przez kilkaset lat na podstawie spostrzegania czysto empirycznego. Dopiero gdy z końcem zeszłego stulecia pojawiły się rozbiory chemiczne wód mineralnych, zaczęto przystosowywać wskazania do składników chemicznych zdrojów W połowie zaś bieżącego wieku rozpoczęła się era wskazań na podstawie doświadczalnej, uzyskanej bądź w pracowniach na zwierzętach, bądź też w klinikach na chorych. W ten ostatni sposób rozpoczął badania Seegen nad wpływem wody

karlsbadzkiej na narząd moczowy w stanie prawidłowym i patologicznym, oznaczając chemicznie zmiany w składnikach moczu. Ja zaś przed kilkunastu laty starałem się określić bliżej zachowanie się i wpływ wody karlsbadzkiej na przewód pokarmowy. Doświadczenia moje, a późniejsze Ewalda, Sandberga, jako też Spitzera dały wyniki, jak to często w klinicznych doświadczeniach bywa, częściowo zgodne, w niektórych zaś punktach nieco odmienne. Przyczyna tego tkwi przeważnie w odmiennym sposobie badania. Podczas gdy ja robiłem doświadczenia na chorych kliniki stałej, klinicznie obserwowanych, to inni uskuteczniali doświadczenia na chorych ambulatoryjnych, zostających bez kontroli tak pod względem sposobu picia wody mineralnej jako też i dyety. Nadto ja oznaczałem wpływ wody karlsbadzkiej na żołądek czczy, podczas gdy inni autorowie oznaczali go na szczycie trawienia. Badanie zaś żołądka patologicznego na czczo daje wyniki czulsze co do zaszłych w nim zmian, aniżeli żołądka wypełnionego na szczycie trawienia.

Porównując skład chemiczny obydwu wód glauberskich, jakiemi są wody maryenbadzkie i karlsbadzkie, okazuje się wprawdzie ten sam skład jakościowy (siarkan sodowy, chlorek sodowy, węglan sodowy i kw. węglowy wolny), lecz ilościowo znajduje się przy równej ilości węglanu sodowego, podwójna ilość siarkanu i chlorku sodowego we wodzie maryenbadzkiej, niż we wodzie karlsbadzkiej, przy ciepłocie niezrównanie niższej. Stąd też z góry można było przypuszczać, że woda maryenbadzka działa na przewód pokarmowy pobudzająco, woda zaś karlsbadzka, przy źródle użyta, kojąco. Temu przypuszczeniu odpowiadają wyniki doświadczeń klinicznych kol. Latkowskiego Woda maryenbadzka ze swoim siarkanem sodowym i nadmiarem kw. węglowego wobec nizkiej ciepłoty okazała się jako *stimulans* dla przewodu pokarmowego; woda zaś karlsbadzka o podwyższonej ciepłocie, wobec małych ilości soli, w których przeważa węglan sodowy, działa, jak to z moich doświadczeń się okazało, jako *sedativum* na czynność przewodu pokarmowego. To też wodę maryenbadzką używamy w tych chorobach przewodu pokarmowego, którym towarzyszy *status torpidus* tego narządu, wodę karlsbadzką zaś, gdzie choroba przewodu pokarmowego ma cechę *status irritativus*.

Oprócz tego może woda maryenbadzka, w znacznej ilości używana, upośledzić ogólne odżywienie przez zwiększenie przesączania w jelitach, a osłabienie wessania, podczas gdy woda karlsbadzka tak nie działa, a opadanie ciężaru ciała podczas picia jej, należy przypisać niedostatecznemu odżywianiu przez równoczesne zastosowanie tak zwanej dyety karlsbadzkiej. Działaniem wody maryenbadzkiej na jelita zajmuje się w dalszym ciągu kol. Latkowski, co się zapewne przyczyni także do wyświetlenia tak zwanego odtłuszczającego leczenia maryenbadzkiego.

Nie należy jednak sądzić, że posłanie chorego do Maryenbadu zamiast do Karlsbadu i przeciwnie jest błędem sztuki, pociągającym za sobą »zabicie chorego«. Ja muszę przypomnieć, że w zdrojowiskach nie leczy woda, lecz lekarz zdrojowy, a w każdem zdrojowisku może odnieść chory pożytek dla swego zdrowia, jeżeli tylko natrafi na rozsądnego lekarza i jego radom się podda. Niedaleko zajdzie lekarz zdrojowy, który ograniczy swój zasób terapeutyczny tylko do szablonowego polecania pewnej ilości kubków, a inne czynniki lecznicze pozostawi odłogiem. Przez rozmaite fortele, jak np. przez dobieranie różnych ilości wody, zmianę jej ciepłoty, przystosowanie odpowiedniej dyety itp. może lekarz i w Maryenbadzie podobne wyniki terapeutyczne otrzymać, co i w Karlsbadzie. Przeciwnie znów przez oziębianie wody, dodawanie soli itp. zmiany można w Karlsbadzie leczyć choroby, mające wskazania do Maryenbadu.

W końcu muszę nadmienić, że doświadczenia kol. Latkowskiego odnoszą się do zdrojów Kreuzbrunu i Ferdinandsbrunu, t. j. do najgłówniejszych zdrojów tak zw. glauberskich. Istnieją jednak jeszcze w Maryenbadzie dwa cenne zdroje: Carolinnenbrunnen i Ambrosiusbrunnen, będące silnemi szczawami żelazistemi. Wobec wysokiego wzniesienia Maryenbadu (640 m. nad p. m.), wpływającego znakomicie na zwiększenie ciałek czerwonych i hemoglobiny we krwi, wobec klimatu lesistego, a wybornych urządzeń balneotechnicznych, można do Maryenbadu posyłać także i chorych niedokrewnych, którzy kwalifikują się do pobliskiego Franzensbadu. Ztąd też i wskazania lecznicze do Maryenbadu, jako zdrojowiska, są bardzo obszerne.

Kol. Dr. Latkowski zaznacza w odpowiedzi, iż w zasadzie zgadza się z zapatrywaniem kol. Prof. Jaworskiego, który nazwał wodę maryenbadzką *stimulans* dla przewodu pokarmowego. Wyniki jego doświadczeń wykazały tę własność podniecającą wody maryenbadzkiej dla czynności ruchowej i wydzielniczej żołądka i na podstawie ich można wodę maryenbadzką stosować w chorobach żołądka, cechujących się niedomogą wydzielniczą lub ruchową błony śluzowej i mięsnej. We wszystkich przypadkach badanych przez prelegenta dało się spostrzedz wznoszenie się kwasoty soku żołądkowego, a *maximum* jej wynosiło 20—40 ctm.^{3} $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego. Wobec tych danych nie nadają się do leczenia wodą maryenbadzką cierpienia, przebiegające z wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego, a więc nadmierna kwaśność podczas trawienia, sokotok żołądkowy, nieżyt kwaśny żołądka i wrzód okrągły. Zastrzedz się jednak należy, iż w tych przypadkach przeciwskazaną będzie tylko woda maryenbadzka o ciepłocie zdrojowej w większych ilościach. Gdy bowiem ją ogrzejemy utraci ona znaczną część bezwodnika kwasu węglowego, a przez to działanie jej pobudzające na wydzielanie soku żołądkowego kwaśnego zmniejszy się lub może nawet zniknie. Ostrożne więc podawanie małych ilości wody maryenbadzkiej ogrzanej do 40° C., może być dozwolone nawet w chorobach żołądka, cechujących się nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego, w których woda karlsbadzka powszechnie stosowaną bywa. Porównując jednak te dwie wody glauberskie przy ich ciepłocie zdrojowej, spostrzeżemy przeciwieństwo w ich działaniu leczniczem; woda maryenbadzka podrażnia żołądek i wzmaga kwasotę soku żołądkowego, woda karlsbadzka ją obniża. Dlatego wracając do wskazań, nasuwa się uwaga, że woda karlsbadzka nie może mieć tak wybitnego i pewnego wpływu na choroby żołądka, połączone z niedomogą wydzielniczą, gdy tymczasem woda maryenbadzka znajdzie w tych przypadkach korzystne zastosowanie.

Sekretarz: *Dr. Lewkowicz.*

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura — w miesiącu marcu 1899 r.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 27 osób; w liczbie tej 4 osoby pozostałe w leczeniu z lutego i 8, — pozostających nadal w leczeniu na miesiąc kwiecień 1899 r.

Wykaz liczbowy tych 27 osób ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	1	1	1	3
w kończyny górne	1	5	8	14
w kończyny dolne i tułów	1	5	4	10
w ciało nagie	2	7	3	17
przez ubranie	1	4	5	10
liczby ogólne	3	11	13	27

Zwierzęta kąsające były w 26 przypadkach psy, w 1 zaś koń.

Dyrektor Zakładu
O. Bujwid.

* *Das österreichische Sanitätswesen* (Nr. 14) podaje, że między 12 a 25 marca ospa w Galicyi panowała w 31 powiatach i 99 gminach. Dur osutkowy był w tymże czasie w 22 powiatach i 58 gminach.

* W m. Krakowie, w tygodniu od 19 do 25 marca, urodziło się 46 dzieci: 29 chrześcian (8 nieślubnych) i 11 izraelitów (6 nieślubnych). Umarło osób 64; główną daninę, jak zwykle w Krakowie, wybiera zapalenie płuc (13) i gruźlica (11).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków 15 kwietnia 1899

* *Wiener Zeitung* donosi, że docent dr. Aleksander Rosner mianowany został profesorem i kierownikiem Szkoły położnych w Krakowie.

(L.) Wydział krajowy przeniósł dr. L. Doboszyńskiego, praktykanta szpitala św. Łazarza w Krakowie, w tymże samym charakterze służbowym do szpitala krajowego w Przemyślu.

Uwzględnienie przez Wydział krajowy prośby dr. Doboszyńskiego ma niepoślednie znaczenie dla młodych lekarzy i szpitalnictwa krajowego. Wielka liczba lekarzy osiedla się po otrzymaniu dyplomu w tych miejscowościach, w których dopatruje większych dla siebie widoków pozyskania praktyki i w skutek tego doraźnie pozbawia się możności dalszego kształcenia się, zwłaszcza doskonalenia się klinicznego, które poza kliniką i szpitalem jest niemożebne. Prócz kształcenia się, praktyka szpitalna daje jeszcze i tę korzyść, że jest braną zupełnie słusznie pod względ przy obsadzaniu posad lekarskich.

Wobec więc faktu, że wielu młodych lekarzy, nie mogąc pozostać we Lwowie i Krakowie, opuszcza te miasta po otrzymaniu dyplomu i udaje się na prowincyę, precedens dr. Doboszyńskiego ma doniosłe znaczenie, gdyż odkrywa nowe pole do nabycia wprawy do samodzielnego wykonawstwa lekarskiego. Obok osobistych korzyści, które odniosą młodzi lekarze z pełnienia obowiązków praktykantów w większych szpitalach prowincyonalnych, same instytucye szpitalne zyskają dobre siły pomocnicze, a nikomu przecież nie jest tajno, że szpitale nasze gwałtownie cierpią na niedostateczność personalu lekarskiego.

* Dzienniki donoszą, że w Łodzi zawiązało się Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej.

* *Münchener mediz. Wochenschrift* w Nrze 14 donosi, że nadzwyczajny profesor w Heidelbergu, dr. A. Jurasz, powołany został do Uniwersytetu lwowskiego.

* *Prawitielstwiennyj Wiestnik* donosi, że zasłużony prof. Julian Kosiński przechodzi w stan spoczynku.

* W Berlinie powstał spór zasadniczego znaczenia między Dr. Böingiem z jednej strony a Drami Zeplerem i Birnbaumem z drugiej; ci ostatni wyrazili przekonanie, że lekarz »nie ma prawa i obowiązku wnikać w szczegóły przypadku, jeśli od niego żądają pomocy w celu zapobieżenia zastąpieniu«. Böing przeczy ze względów etycznych, ażeby tego rodzaju pobłażliwość ciężyła na lekarzach i aby pojęcia takie ich obowiązywały, pomimo, że je wygłasza wielu tegoczesnych pisarzy. Tak np. Nordau twierdzi, że »człowiek w istocie rzeczy nie jest stworzeniem jednożennem«. Brandes głosi, że »płciowa roskosz należy do niezaprzeczonych ogólnych praw człowieka, z których on powinien korzystać«. Według Strindberga »cudzołożne stosunki skrzepiają zdrowie, przyśpieszają dojrzałość i dają uciechę życiową młodzieży«. Hansson mówi, że u człowieka »nie istnieją wyższe sprawy nad poznawanie i używanie płciowych roskoszy«. W innem miejscu Nordau zaopiekowuje się i kobietą, twierdząc, że »należy jej zabezpieczyć przyrodzony udział w miłośnem pożyciu ludzkiem«. Montegazza doradza bliźnim: »amate, ma non generate« itd.

Oczywiście prasa lekarska stanęła po stronie Böinga, dopatrując powołania stanu lekarskiego nie w ułatwianiu zdrady i rozpusty.

* Urząd sanitarny m. Hamburga, przekonawszy się, że apteki często wydają leki na telefoniczne polecenie lekarzy, przypomniał właścicielom aptek zakaz podobnego postępowania.

* W berlińskiej klinice dentystycznej, w ciągu roku 1897 i 1898, dokonano wyjęcia zębów u 8028 pacyentów; w 1070 przypadkach tej operacyi zastosowano uśpienie.

* W Pradze powstało czeskie czasopismo higieniczne pod tyt.: *Časopis pro verejné zdrowotnisti.* Miesięcznik ten wychodzić będzie pod redakcyą prof. higieny Kabrhela i drów: Velicha, Formanka i Ružički.

* Liczba obłąkanych w Paryżu, która w r. 1867 wynosiła 7805, podskoczyła w r. 1896 do 21700. Powiększenie to liczby umysłowo chorych, nieodpowiadające stopie przyrostu ludności, przypisują psychiatrzy zwiększonemu nadużywaniu wyskoku, wyrabianego nadomiar w lichym gatunku.

* W Medyolanie otwarto kosztem miasta szkołę wyłącznie dla dzieci, dotkniętych jaglicą; szkoła ta łączy się z instytutem oftalmicznym. Dopiero po zupełnem wyzdrowieniu wracają dzieci do rodziców.

* Liczba lekarzy we Francyi zwiększyła się w ciągu ubiegłego roku o 1751 i wynosi obecnie 17,735.

* Na wzór wydawanego przez Ebsteina i Schwalbego podręcznika: *Handbuch der praktischen Medicin*, którego było już 8 wydań, rozpoczął się druk dzieła: *Handbuch der praktischen Chirurgie*, redagowanego przez Bergmana, Brunsa, Mikulicza i wielu inn. głośnych chirurgów. Całe dzieło obejmować będzie 4 tomy po 60 arkuszy i wyjdzie w 20 zeszytach po 4 marki. Pierwszy zeszyt znajduje się już w sprzedaży.

Mianowania i odznaczenia: Akademia lekarska w Turynie mianowała prof. Laskowskiego w Genewie, za jego zasługi naukowe i literackie, swym członkiem, a król włoski nadał mu jednocześnie tytuł szlachcica włoskiego i ozdobił wysokim orderem. Dr. Drobnik T. mianowany został naczelnym lekarzem oddziału chirurgicznego w miejskim szpitalu poznańskim.

Nekologia Zmarli: Dnia 5-go b. m zmarł w Leżajsku w 48 roku życia Dr. Apolinary Nidecki, miejscowy lekarz miejski. Niezwykle sumienny i mimo wątłego zawsze zdrowia prawie do ostatka gorliwy, a nigdy żadną rachubą nie kierujący się lekarz; idealny i serdeczny kolega, jakich dzisiejsze trudne warunki życia coraz rzadziej wyrabiają; dla wielkich zalet charakteru i pogodnego zawsze umysłu ogólnie ceniony i kochany jako człowiek i towarzysz, pozostawia po sobie lukę, która nieprędko wypełnioną być może. To też powszechny żal i niezwykły udział całej prawie ludności w pogrzebie, był zasłużonym objawem tej niecodziennej czci, na którą sobie nieodżałowany zmarły w całej pełni zasłużył. W.

Dr. Dawid Hellman, sekretarz Towarz. ratunkowego, zmarł we Lwowie w 39 roku życia. Dr. Józef Engel, emerytowany prof. anatomii patologicznej, autor licznych prac z zakresu anatomii, zmarł w Wiedniu, w 83 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 4: Dr. Arnsteina F.: Kilka słów o rozpoznawaniu przedziurawienia wyrostka robaczkowego i wskazaniach do zabiegu chirurgicznego przy zapaleniu tego wyrostka. Dr. Lidmanowskiego K.: Leczenie czarnej krosty zapomocą podskórnych zastrzykiwań stężonego roztworu jodoformu w eterze. Dr. Perlisa Ig.: Przypadek nadmiernej liczby palców u rąk i nóg. Dr. Klarnera Sz.: W kwestyi panujących u nas chorób endemicznych. Dr. Łazarowicza K.: Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich (c. d.). Dr. Sterlinga S.: Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych (c. d.). W *Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 3: Dr. Finkekrauta M.: Przyczynek do patologii wyrzynania się dolnych zębów mądrości. W *Medycynie* Nr. 14: Karwackiego L.: O stosowaniu kreozotu w gruźlicy płuc i o nowym związku kreozotowym — kreozoalbinie. Tuchendlera A.: Przyczynek do rozpoznawania niedomogi ruchowej i spraw wrzodziejących żołądka (c. d.). W *Nowinach Lekarskich* Nr. 4: Dr. Drobnika T.: Uwagi i spostrzeżenia dotyczące opatrywania ran. Flataua E.: Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań (dok.). W *Zdrowiu* (kwiecień): Grodeckiego A.. Szkoły ludowe gminy Galewice w pow. wieluńskim gub. kaliskiej ze stanowiska sanitarnego. Dr. Chełchowskiego: Sprawa szczepienia ospy u nas. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 14: Arnsteina F.: O wpływie zmiany miejsca na przebieg krztuśca i o znaczeniu leczniczem tego środka przy tej chorobie. Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas. Grünbauma A.. Trzydzieści pięć przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Dunin T.: Walka z gruźlicą. (*Odczyty kliniczne* Nr. 121 i 122). Warszawa, 1899.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 19 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Pieniążek będzie miał wykład: O leczeniu twardzieli tchawicy (tracheoscleroma) z demonstracyą preparatów.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Tablica przedstawiająca czynność żołądka przy dłuższem użyciu wody marienbadzkiej.

	L.	Próby wykonano przed kuracyą marienbadzką	Próby wykonano: ilość dni po kuracyi marienbadzkiej	Próba na czczo	Próba białkowa w 3/4 godz.	Śniadanie próbne w 1 godz.	Obiad próbny w 4 godz.	Ilość wody destylowanej przed aspirowaniem	Ilość treści wydobytej z żołądka	Jakość treści wydobytej z żołądka	Stopień kwasoty całkowity	Stopień kwasoty od HCl wolnego	Reakcya na pepton	Reakcya na cukier	Reakcya na śluz	Ilość białka strawionego w % według Hammerschlaga	Ferment podpuszczkowy	Uwaga
I. A. R., lat 29. N. dz. klin. 51. Neurosis sensitoria ventriculi. Uczucia gniecenia w żołądku, bóle po spożyciu pokarmów, wymioty kwaśne po jedzeniu. Stolec stale zaparty. W ciągu podawania wody marienbadzkiej bóle zupełnie ustąpiły, wymioty ustały. Natomiast miewa czasem bóle w krzyżach. Chory, który przedtem z obawy przed bólami nic nie jadł, obecnie odżywia się dobrze i zyskał na wadze 6 klg. Stolec wystąpił dopiero po 600 cm.³ wody Kreuzbrunn. W stanie znakomitej poprawy opuścił klinikę.	1	przed	—	1	—	—	—	200	150	Ciecz mętna z strzępami białawymi, bez resztek pokarmów	1°	1°	—	—	—	—		Pod mikroskopem jąderka ciałek wypocinowych, ślimacznice (Jaworskiego), przybłonki płaskie, detritus komórkowy.
	2	„	—	—	1	—	—	—	60	mętna, zawiera śluz	10°	8°	wyraźny	—	—	60%	wyraźny	
	3	„	—	—	—	—	1	—	50	miazga cisawa zawiera resztki pokarmów	18°	16°	„	wyraźny	—	70%	„	Ciecz przepłuczkowa zawiera znaczną ilość pokarmów.
	4	—	30	—	1	—	—	—	50	mętna, nieco zielonkawo zabarwiona	22°	14°	bardzo wyraźny	—	—	65%	„	
	5	—	30	—	—	—	1	—	40	miazga brunatna zawiera pokarmy	48°	26°	wyraźny	wyraźny	—	70%	„	
	6	—	60	—	1	—	—	—	30	mętnawa	64°	56°	„	—	—	60%	„	W cieczy przepłuczkowej zaledwie ślady niestrawionego białka.
	7	—	60	—	—	—	1	—	100	miazga cisawa zawiera pokarmy	76°	42°	„	wyraźny	—	70%	„	W cieczy przepłuczkowej niema większych kawałków pokarmów. Ciecz przepłuczkowa mętna.
II. J. K., lat 18, subjekt. N. dz. klin. 116. Catarrhus duodeno-choledochialis. Brak apetytu, uczucie gniecenia w żołądku i zgagi. Zaparcie stolca. Bóle w prawem podżebrzu. Pod wpływem wody marienbadzkiej apetyt wrócił, gniecenie i bóle ustąpiły. Stolec jednak ciągle zaparty. Ubył na wadze 800 gr.	8	przed	—	1	—	—	—	100	50	mętna, bezbarwna	obojętna	obojętna	—	—	wyraźny	—	—	
	9	„	—	—	1	—	—	—	80	mętna zawiera kawałki bułki rozmoczonej	22°	10°	wyraźny	—	„	45%	wyraźny	
	10	„	—	—	—	—	1	—	100	miazga cisawa zawiera pokarmy	45°	32°	„	wyraźny	„	70%	„	
	11	„	—	—	—	1	—	—	100	ciecz zawierająca rozmoczoną bułkę	33°	10°	„	„	„	68%	słaby	W cieczy przepłuczkowej dużo rozmoczonej bułki.
	12	—	30	—	1	—	—	100	100	ciecz mętna	12°	8°	„	—	„	65%	wyraźny	
	13	—	30	—	—	1	—	—	100	jednostajna miazga bułki	45°	22°	„	wyraźny	„	70%	„	Ciecz przepłuczkowa mętna, nie zawiera większych resztek bułki.
III. A. Ł., lat 24, służący. N. dz. klin. 160. Neurasthenia maj. grad. Enteritis membran. Czynność żołądka prawidłowa. Podczas podawania wody marienbadzkiej stracił 1 klg. wagi ciała.	14	przed	—	1	—	—	—	—	20 cm.³	żółto-zielona ciągnąca się	4°	2°	śladnik	—	—	60%	słaby	Pod mikroskopem nieliczne ciałka wypocinowe przybłonki, jąderka.
	15	„	—	—	1	—	—	—	30	mętna, zawiera kawałki białka	30°	12°	wyraźny	—	—	75%	wyraźny	
	16	„	—	—	—	1	—	—	20 cm.³	miazga rozmoczonej bułki	35°	20°	„	wyraźny	—	78%	„	Ciecz przepłuczkowa zawiera sporo bułki.
	17	—	18	1	—	—	—	100	80	—	5°	2°	—	—	—	50%	słaby	
	18	—	„	—	1	—	—	—	50 cm.³	zielonkawa, zawiera ledwie ślady białka	42°	20°	wyraźny	—	—	80%	wyraźny	
	19	—	„	—	—	1	—	—	100 cm.³	ciecz zawiera resztki bułki	66°	30°	„	wyraźny	—	85%	„	Ciecz przepłuczkowa mętna, nieco drobnych rozmokłych kawałków bułki.
IV. T. S., lat 28, wyrobnik. N. dz. klin. 123. Glioma cerebri. Czynność żołądka prawidłowa. Podczas podawania wody marienbadzkiej stracił 800 gr. na wadze.	20	przed	—	—	1	—	—	100	40	mętna, zawiera kawałki białka	11°	8°	wyraźny	—	—	58%	wyraźny	
	21	„	—	—	—	1	—	100	130	ciecz mętna z resztkami bułki	30°	23°	„	wyraźny	—	70%	„	
	22	—	15	—	1	—	—	—	60	ciecz mętna	24°	18°	„	—	—	65%	„	
	23	—	15	—	—	1	—	—	40	ciecz z rozmoczoną bułką	62°	42°	„	wyraźny	—	80%	„	
V. T. J., lat 22, służąca N. amb. 231. Hysteria. Uczucie gniecenia w żołądku i odbijania puste. Czynność żołądka prawidłowa. Pod wpływem podawania wody marienbadzkiej wystąpiły nieprzyjemne uczucia w żołądku. Gniecenie się powiększyło. Odbijania trwają.	24	przed	—	—	1	—	—	—	30	mętna z kawałkami białka	25°	12°	wyraźny	—	—	70%	wyraźny	
	25	„	—	—	—	1	—	—	50	miazga rozmoczonej bułki	38°	31°	„	wyraźny	—	80%	„	Ciecz przepłuczkowa zawiera mierną ilość bułki.
	26	—	14	—	—	1	—	100	60	mętna, zawierająca resztki bułki	39°	29°	„	„	—	85%	„	Ciecz przepłuczkowa zawiera mierną ilość bułki.
	27	—	14	—	1	—	—	100	70	mętna	20°	18°	„	—	—	65%	„	

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.